Oesterreichische medicinische Wochenschrift.

(Ergänzungsblatt der medicin. Jahrbücher des k. k. österr. Staates.)

Herausgeber: Reg. Rath Dr. Wilh. Edl. v. Well. — Hauptredacteur: Prof. Dr. A. Edl. v. Rosas.

No. 35. **Wien, den 28. August.** **1847.**

1.

Original-Mittheilung.

Beiträge zur Pathologie der Hornhaut.

Von Dr. Hawranek in Lemberg.

(Schluss.)

Analoge Erscheinungen bei der Narbenbildung nach der Excision der Hornhautstaphylome. In den ersten Tagen nach der Operation erfolgt eine Zusammenziehung der Sclera und des etwa bestehenden Hornhautrestes, mit Umfangsverminderung der gebildeten Öffnung bis zu einem gewissen Grade. Bei Besichtigung des Auges erscheint die nun kleiner gewordene Öffnung durch eine durchsichtige reine Membran geschlossen, die man irrthümlich für ein Neugebilde hielt, die jedoch nichts anderes ist, als die Capsel, oder, ist bei der Operation zugleich der Crystallkörper entfernt worden, die Glashaut. Vom Cornealreste, der Quelle gleichsam, beginnt die Bildung einer Ersatzmembran; die durchsichtige Membran, Capsel oder Glashaut als Unterlage benützend, lagert sich ein weissgraues faserstoffiges Exsudat an den Rand der Hornhautöffnung an, das an Menge zunehmend ringförmig gegen die Mitte der Unterlagsmembran zuschreitet, endlich auch diese bedeckt, immer fester werdend mit Gefässen durchzogen wird, mit der fortschreitenden Organisation an Dichtigkeit und Widerstandsfähigkeit gewinnt und eine derbe Narbe bildet. Wurde ein partielles Staphylom, das den noch normalen Hornhauttheil durch seine Festigkeit und Grösse auseinander drängte, und den etwa noch vorhandenen Rest der Pupille zum Sehen untauglich machte, durch die Operation entfernt, und der Granulationsprocess in keiner Weise gestört, so wird durch die allmälige Zusammenziehung und Abflachung der Narbe und die Wiederherstellung der normalen Wölbung und Grösse der Cornea der in die staphylomatöse Entartung nicht hineingezogene Theil der Pupille seiner Bestimmung wiedergegeben und das Sehen hergestellt. Wird jedoch während der Verheilung der Wunde und zur Zeit als die Exsudatmassen noch nicht den gehörigen Ausbildungs- und Cohäsionsgrad erlangt haben, von Seite des Kranken nicht die gehörige Ruhe beobachtet, so wird die Verheilung entweder nur verzögert oder der so wünschenswerthe Erfolg, die Restitution des Sehvermögens bei partiellen Staphylomen, gänzlich vereitelt, und im günstigeren Falle hinausgeschoben und problematisch. Die Verzögerung der Heilung erfolgt durch das Abfallen des ringförmig angelagerten und der durchsichtigen Unterlagsmembran nur mechanisch anklebenden Exsudates. Dieses löst sich ohne anderweitige üble Zufälle ab, die Capsel oder die Glashaut erscheint wie vor der begonnenen Narbenbildung, und bei gehörigem Verhalten des Kranken beginnt der Granulationsprocess von Neuem, um, wenn ihm die gehörige Zeit gegönnt wird, eine feste Narbe zu

bilden. Wird jedoch unter den angegebenen Verhältnissen das Auge nicht geschlossen gehalten, im Gegentheil der Wirkung der Augenmuskeln leichtsinnig preisgegeben, durch diese die Wunde nach allen Seiten gezerrt und der Augapfel gedrückt, so erfolgt, ausser dem Ablösen der Exsudatschichte, auch leicht entweder ein plötzliches Vorstürzen des Glaskörpers, oder, war nach der Operation partieller Staphylome die Öffnung kleiner und durch den anliegenden Crystallkörper der rasche Ausfluss gehemmt, ein allmäliges Aussickern desselben, worauf im Verhältniss zur Quantität der entleerten Glasfeuchtigkeit sich die äusseren Augenhäute contrahiren, und mit dem Umfang des Bulbus auch der der Hornhautöffnung abnimmt; letztere widersteht als eine haardünne Fistelöffnung lange Zeit der Heilung. Die durch das Vordringen der Glasfeuchtigkeit erfolgte Zerreissung der *Zonula Zinnii* und Verrückung des Crystallkörpers hat den grauen Staar zur Folge, der das kaum gewonnene Sehvermögen wieder aufhebt, und, wenn übrigens der Verlust des Glaskörpers nicht zu bedeutend war, durch eine später vorzunehmende Operation entfernt werden muss.

Die Änderung des Spannungsgrades zwischen den zwei Augenhäuten, Cornea und Sclerotica und die überwiegende Zusammenziehung letzterer sammt ihren annexen Erscheinungen wird nicht allein durch die die endliche Zerstörung der Cornea herbeiführenden Processe, als Brand und Erweichung, hervorgebracht, sondern es ist auch jede Entzündung, welche die Hornhautsubstanz ergreift, ohne einen Verlust derselben zu bedingen, vermögend, die physicalischen Verhältnisse auf die der oben angegebenen ähnliche Weise zu stören. Wird die Hornhautsubstanz von einer genuinen Entzündung, mag solche durch Rheumatismus, Scropheln oder Gicht entstanden sein, in ihrer Totalität gleichförmig befallen, so bemerkt man ausser den bekannten Veränderungen in ihrer Pellucidität ein stärkeres Vorragen, ein Convexerwerden der Cornea; ihr Umfang wird kleiner und der dieselbe umgebende Scleralrand erscheint, sich leicht und bei gleichförmiger Affection der Cornea auch gleichförmig gegen die Augenaxe beugend, wie eingedrückt; dadurch wird die vordere Augenkammer scheinbar geräumiger und die Quantität des *Humor aqueus* beträchtlicher. Man ist geneigt, dem letzteren Umstande, einer durch den Entzündungsreiz erhöhten Thätigkeit der Quellen des *Humor aqueus* die stärkere Convexität der Cornea zuzuschreiben. Diess beruht meist auf einer Täuschung. Nicht in der Vermehrung der wässrigen Feuchtigkeit und dem von derselben ausgeübten Drucke, sondern in der Cornea selbst liegt der Grund der angegebenen Erscheinungen. Durch die Entzündung und die sie nothwendig begleitenden exsudativen Processe verliert die Cornea ihren Tonus, den gehörigen Spannungsgrad, um der Sclerotica hinreichenden Widerstand leisten zu können. Letztere erlangt das Übergewicht und zieht sich in Folge des geschwächten Stützpunctes am Cornealrande mehr zusammen, schliesst die Cornea in engere Gränzen und übt zugleich einen Druck auf die unter ihr gelegenen Gebilde; das Resultat ist eine stärkere Convexität der Cornea, eine seitliche Beengung der Augenkammer und eine Raumzunahme derselben von vorne nach hinten. Die Umfangsabnahme der Cornealgränze sammt den coëxistirenden Symptomen nimmt mit dem Grade der Entzündung und mit der Masse der abgelagerten Exsudate zu, so dass die Protuberanz an jener Stelle der Hornhaut am stärksten hervortritt, die der Sitz der heftigeren Entzündung und einer namhafteren Trübung ist. Die Zusammenziehung der Sclera, die sich anfangs nur auf das vordere Ende derselben beschränkt, schreitet mit der Zunahme der Keratitis weiter nach hinten und bedingt dadurch ausser den schon angegebenen Erscheinungen auch eine Formveränderung der vorderen Augapfelhälfte, eine seitliche Einschnürung und Umfangsverminderung derselben, wodurch der Augapfel eine conische Gestalt annimmt. Besonders auffallend und nicht leicht zu verkennen sind die angegebenen Veränderungen, wenn nur Ein Auge ergriffen ist; man wird sich dann durch Messungen, ja selbst durch den blossen Augenschein von den bestehenden Differenzen leicht überzeugen können. — Da durch den Druck der Sclera die in der vorderen Augapfelhälfte unter ihr gelegenen Gebilde der Augenaxe genähert werden, so erfolgt mit der seitlichen Beengung der Augenkammern zugleich eine Verengerung der Pupille, wenn nicht bei gleichzeitiger Entzündung oder Hyperämie der Chorioidea oder des Ciliarkörpers eine Erweiterung derselben bedingt wurde, wie es bei rheumatisch-scrophulösen oder gichtischen Leiden des Augapfels häufig geschieht. In dem ersten Zeitraume einer genuinen Keratitis, und bei dem ersten Einbiegen des vorderen Scle-

raltheils beobachtete ich zuweilen eine Erweiterung der Pupille und eine im Verhältniss zur Trübung bedeutendere Gesichtsschwäche, ohne dass Erscheinungen von Hyperämie oder Entzündung der tieferen gefässhäutigen Gebilde zugegen gewesen wären Die Mydriasis scheint hier durch den Druck des contrahirten Scleralrandes auf das unterliegende Ciliarligament bedingt zu werden, da muthmasslich im Anfange der Entzündung die Cornea durch Ausschwitzungen noch nicht hinreichend aufgelockert ist, um einen verstärkten Durchgang des *Humor aqueus* zu gestatten und somit den von der Sclera ausgeübten Druck auszugleichen. Erst nach einiger Zeit und zwar bei Zunahme der Trübung und bei eintretender conischer Formveränderung der Cornea tritt eine Verengerung der Pupille ein, welche meiner Meinung nach eben so sehr in diesen physicalischen Missverhältnissen als in einem Reflexe auf die Ciliarnerven begründet ist. Entzündet sich unter diesen Umständen nachträglich die Regenbogenhaut, so erfolgt um so leichter und schneller eine Verschliessung der Pupille, und der Arzt wird hier viel energischer bedachtem Ausgange vorzubeugen genöthigt sein, als es bei Regenbogenhautentzündungen der Fall ist, die ohne Complication mit Keratitis anfangen und verlaufen. — Haben sich nach Ablauf der Entzündung die Exsudate durch Resorption verloren, hat aber die Entzündung lange gedauert, so bleibt zuweilen entweder wegen des nicht restabilirten Tonus der Cornea, oder der habituell gewordenen Contractur der Sclera die Form der Cornea und der vorderen Bulbushälfte unverändert, und als Residuum der Keratitis erscheint das durchsichtige conische Hornhautstaphylom.

Die besprochenen Beziehungen zwischen Sclerotica und Cornea bei Erkrankungen letzterer geben auch einigen Aufschluss über eine Erscheinung, die bei der *Ophthalmia neonatorum* zuweilen beobachtet wird, und darin besteht, dass die suffundirte Hornhaut einen beträchtlich geringeren Umfang als vor der Entzündung darbietet; es hat dann, bei der Unmöglichkeit den übrigen Umfang der Bulbus wegen der Lidgeschwulst gehörig bemessen zu können, den Anschein, als wäre der ganze Augapfel kleiner und als hätte eine Bildungshemmung zur Hervorrufung der Blennorrhöe Veranlassung gegeben; die in diesen Fällen zurückbleibende centrale Capseltrübung könnte man leicht unter solchen Verhältnissen nicht sowohl als eine Folge des entzündlichen Processes, als vielmehr als Coeffect einer fötalen Entwicklungsstörung ansehen und ihr Bestehen schon vor dem Eintritt der Ophthalmie supponiren. Ich glaube durch meine Erfahrungen die Thatsache als constatirt ansehen zu müssen, dass centrale Capseltrübungen als Residuen auch nach Augenentzündungen der Neugebornen zurückbleiben, ohne dass ulceröse Durchbohrungen der Cornea stattgefunden hatten, die ich in manchen Fällen bei aller Aufmerksamkeit nicht wahrnehmen konnte. Ich will in diesen Zeilen die Erklärung der Entstehungsweise besagter Capselcataracte versuchen.

Wird die Cornea bei der *Ophthalmia neonatorum* in Mitleidenschaft gezogen, und fällt sie in Folge einer zufällig günstigeren Richtung der vegetativen Störung nicht einem ihre Existenz gefährdenden Processe, der ulcerösen Zerstörung, dem Brande oder der Erweichung anheim, besteht vielmehr ihr Leiden in einer gleichmässigen Durchtränkung mit exsudirten Stoffen und in Folge der bedeutenden Porosität bei Kindern auch mit der wässerigen Feuchtigkeit der Augenkammern, so wird sie gleichmässig trübe, mattgrau, gelblichgrau, aufgelockert, dicker, verliert ihren Tonus und gestattet derart der Sclera sich freier zu contrahiren und sie in engere Gränzen einzuschliessen. Ausser diesem peripherischen auf die Cornea ausgeübten Drucke, bedingt die Contraction der Sclera auch ein Vordrängen der Augenfeuchtigkeiten, ein leichteres Durchschwitzen des *Humor aqueus* durch das aufgelockerte porösere Cornealgewebe, Aufhebung der Kammern, die unmittelbare Berührung der Iris und der vorderen Capselhälfte mit der Innenfläche der Hornhaut, und vermög der Umfangsverminderung der vorderen Augapfelhälfte eine namhafte Verengerung der Pupille. Auf diesen Wirkungen der überwiegenden Contraction der vorderen Scleralpartie beruht meiner Meinung nach die Entstehung der centralen Capselcataract. Die vordere Capsel liegt an die Cornea an, die mit exsudirten Stoffen durchtränkt ist; die poröse Beschaffenheit der Cornea lässt einen Theil an die Innenfläche sich ablagern und begünstigt eine mechanische Verklebung beider Häute. Werden nun mit dem Nachlasse der Entzündung die exsudirten Massen resorbirt, erscheint mit dem Wiedereintreten der vitalen und physicalischen Eigenschaften der Hornhaut der *Humor aqueus* in den Augenkammern, lässt der Druck der Sclera in

Folge des festeren Haltpunctes am Cornealrande nach, nimmt mit dem Umfange dieses auch der Raum des Bulbus zu, so tritt die Capsel, sich von der Innenfläche der Cornea ablösend, in ihrer Mitte mit einem Theile der anklebenden Exsudatmasse belegt, zurück, und stellt auf diese Weise die centrale Capselcataract dar. Es ist wahrscheinlich, dass die lockere, durch flüssige Exsudate dicker gewordene Hornhaut auch in Folge des Druckes auf ihren Rand und beim Mangel eines Vordrängens von Seite des leicht durchsickernden *Humor aqueus*, noch mehr an Dicke zunehme und sich derart gestalte, dass ihre innere Fläche weniger concav wird, somit der Capsel entgegenkomme und die beiderseitige Berührung begünstige. Es ist hier vorzugsweise zu berücksichtigen, dass die centralen Capseltrübungen meist eine runde regelmässige Form haben, was ich aus der mitbestehenden Myosis zu erklären glaube; die kleine Pupille setzt einen ihrer Grösse entsprechenden Theil der Capsel der Einwirkung der Exsudate aus, wodurch die Capseltrübung gleichsam als Abdruck der Pupille erscheint. Dass diese während der Entzündung sehr klein ist, beobachtete ich stets, so wie die Hornhaut mit dem Nachlasse des pyorrhoischen Processes etwas durchsichtiger wurde; sie hatte das Ansehen, als wäre sie in Folge einer Iritis durch einen Lymphpfropf geschlossen, bis mit der oft rasch eintretenden Ausbreitung und Durchsichtigkeit der Hornhaut und mit der Erweiterung der Pupille sich der wahre Stand der Dinge vor Augen stellte. Excentrische Capseltrübungen, die nie die regelmässige Form der centralen haben, mögen dem vielleicht stellenweise stärkeren Drucke der Sclera, dem ungleichförmigen Vordrängen des Crystallkörpers, der unvollständigen Abolirung der vorderen Kammer, oder selbst auch einer stellenweise mehr angeschwollenen, nach innen vorragenden Cornealpartie ihre Entstehung verdanken. Jedenfalls bin ich der Meinung, dass ulceröse Zerstörungen der Cornea und ihre Folgen, wie Dr. Arlt trefflich dargelegt hat, nicht die alleinigen Bedingungen zur Bildung eines centralen Capselstaares abgeben.

2.

Auszüge aus in- und ausländischen Zeitschriften und fremden Werken.



A. Anatomie.

Über das Ganglienneryensystem. Von Radcliffe Hall. — Ein Ganglion ist ein Nervencentrum, welches Communications- und Vertheilungsnerven besitzt. Es besteht wesentlich aus Ganglienkugeln und den Enden der grauen Nervenröhrchen, enthält auch meistens weisse Nervenröhrchen, die aber nie in ihm entstehen, sondern bloss die Ganglien durcheilen. Diese weissen Nervenröhrchen, welche zu willkürlichen Muskeln verlaufen, haben ihren Ursprung im Rückenmarke; kommen sie aber vom Gehirn, so sind sie bloss Empfindungs- nicht aber Bewegungsfasern. Wo immer von einer hintern Wurzel der Rückenmarksnerven ein Nerve zu dem Ganglion verlauft, enthält er beide Arten der Nervenröhrchen und kann Impressions-Nerve genannt werden. Alle Ganglien, mit Ausnahme der einfachen, grauen, kann man als zusammengesetzte betrachten, und zwar als doppelte, wenn zwei Elemente existiren, wie in den Spinalganglien, als dreifache, wenn zu dem grauen und dem Impressionsnerven noch ein motorischer hinzutritt, wie in den sympathischen Ganglien. Die Spinalganglien, welche bestimmte Nerven weder abgeben noch empfangen, ausgenommen an ihrem peripherischen Rande, und mit einem motorischen Nerven nicht verbunden sind, sitzen immer an den Wurzeln der Nerven. Zu ihnen gehören: 1. Alle Zwischenwirbel-Ganglien. 2. Das Casser'sche Ganglion. 3. Das obere Ganglion des Vagus. 4. Das obere Ganglion des Glossopharyngeus. Die sympathischen Ganglien befinden sich immer an den Verzweigungen der Nerven. Einige wenige Ganglien, welche dreifach in ihrer Zusammensetzung sind, haben gewisse Eigenthümlichkeiten, so dass sie ein Mittelding zwischen den Spinal- und den sympathischen Ganglien darstellen. Sie sitzen weder an den Wurzeln, noch an den Zweigen der Nerven, sondern immer an einem Nervenstamme. Sie reihen sich ihrer Function nach den Spinalganglien an, besitzen aber noch motorische Elemente. Man kann sie geflechtartige oder spindelförmige Ganglien nennen. Durch die grauen in ihnen enthaltenen Ganglienkugeln geht nur ein Theil der Fäden des Nervenstammes, auf welchem sie sitzen. Zu ihnen gehören als beständige: 1. Das untere Ganglion des Glossopharyngeus. 2. Das untere Ganglion des Vagus. 3. Das obere Ganglion der *Portio dura.* 4. Das untere Ganglion der *Portio dura.* 5. Das Ganglion des *Maxilla-*

ris inferior. Als unbeständige: 1. Ein spindelförmiges Ganglion am *Ramus auricularis* des Vagus. 2. Eines an der *Chorda tympani.* 3. Eines am Viduan-Nerven (?). Zu den sympathischen Ganglien gehören ferner die bestimmten, welche an den Nervenzweigen gelagert sind und Nerven in jeder Richtung empfangen und abgeben. Sie sind 1. Ribe's Ganglion (?). 2. Das carotische Ganglion. 3. Das ophthalmische. 4. Das otische. 5. Das Sphenopalatinum. 6. Das *G. submaxillare.* 7. Alle Ganglien vor der Wirbelsäule. — Ein Muskelnerve hat directen Einfluss auf jenes Ganglion, welches die organische Thätigkeit jener Fläche, die dem Muskel gehorcht, überwacht. Ein sympathisches Ganglion ist dem Einflusse mehrerer oder vieler Nerven unterworfen, von denen wahrscheinlich jeder die Thätigkeit der grauen Zellen erregen kann, ohne den Zustand der anderen Nervenröhrchen, die durch das Ganglion gehen, zu afficiren. Ein einfaches Ganglion scheint nur ein Centrum der Multiplication für Ganglienerven zu sein, wodurch nämlich ein grauer Faden von einem zusammengesetzten Ganglion den Reiz zu 10 bis 20 grauen Fäden in dem einfachen Ganglion führen kann. Ein Spinalganglion wird durch die weissen Impressionsnerven, welche durch dasselbe gehen, stimulirt. Bei einem sympathischen Ganglion sind die grauen Ganglienkugeln und Nerven einem doppelten Stimulus unterworfen; denn da sie einerseits durch die Impressions-, andererseits durch die motorischen Nerven stimulirt werden, so entspricht die organische Thätigkeit sowohl dem geschehenen Eindrucke als auch der resultirenden Bewegung. Hinsichtlich der Emotionsthätigkeit macht Verf. folgende Schlüsse: 1. Die excentrische Leitung des Emotionseinflusses kann nicht auf die motorischen Nerven beschränkt sein. 2. Da wir für die Leitung der Emotion nicht eigene Nerven annehmen können, und da die Emotion jeden mit Nerven von was immer für einer Art versehenen Theil afficiren kann, so müsste ein eigener Apparat für selbe mit dem ganzen übrigen Nervensysteme zusammenhängen. 3. Da die Emotion eigentlich ein Zustand des Geistes ist, so kann sie primär nur die im Gehirn entstehenden Nervenröhrchen afficiren; diese afficiren secundär die grauen Nervenkugeln, durch welche sie ziehen, und theilen so den Emotionseinfluss dem Rückenmarke und den Ganglien mit. 4. Die in den grauen Zellen des Rückenmarkes entstehenden Nerven theilen auf gleiche Weise die durch die Cerebral-Nervenröhrchen erhaltene Erregung den Ganglien mit, welche sie durchziehen. Die Emotion kann daher jeden Nervenfaden im Körper schnell afficiren. Verf. gibt ferner an, dass keine grauen Fäden vom Gehirne oder Rückenmarke direct zu den Ganglienkugeln verlaufen, sondern dass die Ganglien nur indirect mittelst der durchziehenden weissen Nervenröhrchen mit jenen Centraltheilen verbunden sind. Auch nimmt er an, dass ein Cerebralganglion ein sympathisches ersetzen kann, dass demnach kein wesentlicher Unterschied in der Wirkungsweise der verschiedenen Ganglien besteht. Von den grauen Fäden, die mit motorischen Nerven sich vereinigen, lässt sich behaupten, dass sie die Secretion überwachen. Unter allen weichen Geweben scheint jedoch das Fett am allerwenigsten unter dem Einflusse des Nervensystems zu stehen. Wozu eigentlich die grauen Fäden, welche sich mit den Empfindungsnerven vereinigen, bestimmt seien, kann nicht mit Gewissheit dargethan werden. (*Edinburgh med. and surg. Journal. Juli 1847.*) *Meyr.*

B. Patholog. Chemie.

Über die chemische Zusammensetzung des Blutes im Scorbut. Von Becquerel und Rodier. — Während Boerhave, Hoffman, Lind, Huxham u. A. eine Blutauflösung im Scorbute annehmen, und selbst neuere Forscher, wie Magendie, Andral und Gavarret diese vorgebliche Blutzersetzung als Verminderung des Faserstoffes, als Blutdefibrination, bezeichnen, wollen Becquerel uud Rodier aus den Analysen des Blutes von fünf Scorbutkranken beweisen, dass im Scorbute weder eine Blutzersetzung im Allgemeinen, noch eine Defibrination insbesondere vorkomme. B. und R. ziehen aus ihren Analysen folgende Schlüsse: 1. die chemische Untersuchung des Blutes in fünf ganz ausgesprochenen Fällen von Scorbut wies kein einziges jener Merkmale von Zersetzung nach, die von den ältern Schriftstellern beschrieben, und als constant vorkommend angegeben wurden. B. und R. konnten weder eine erhöhte Alcalicität des Blutes, noch einen beträchtlichen Salzgehalt desselben finden. 2. Das Blut war auffallend arm an Blutkörperchen und löslichem Eiweiss, und desshalb auch wasserreicher. Diese Verminderung hängt mit dem ganz auffallenden Appetitmangel der Kranken zusammen, und ist keinesfalls als die Ursache der scorbutischen Affection zu betrachten. Bemerkenswerth aber ist, dass trotz dieses so ausgeprägten anämischen Characters des Blutes keine Spur von Geräusch im Gefässsysteme zu finden war. 3. Das Fibrin, welches man entweder vermindert, oder doch wenigstens qualitativ verändert vermuthet hätte, fand sich in normaler oder auffallend vermehrter Menge und von ganz normaler Beschaffenheit. 4. Die einzige positive Veränderung des Blutes, die man bestätigen kann, ist eine auffallende Abnahme des specifischen Gewichtes, welche jedoch der Verminderung der festen Blutbestandtheile keineswegs proportional ist. Ist nun diese Abnahme des specifischen Gewichtes etwa die Folge einer, ihrem Wesen nach, noch unbekannten Mischungs-Veränderung der festen Blutbestandtheile? — Spielt sie etwa eine Hauptrolle in der fraglichen Krankheit? — Ist sie vielleicht der Ausgangspunct, die Ursache der Blutinfiltrationen? — B. und R. wissen auf diese Fragen keine Antwort und beschränken sich darauf, die Facta vorzuführen, ohne sie zu deuten. (*Gazette médicale Nr. 26. Juny 1847.*)

Brühl.

Über das Blut im Scorbute. Von Andral. — An die eben gegebenen Mittheilungen von Becquerel und Rodier über das Blut im Scorbut schliesst Andral in

einem etwas späteren Aufsatze eine ähnliche an. Sie betrifft einen bezüglich der äusserlichen Symptome ganz exquisiten Fall von Scorbut, in dem aber ebenfalls das Blut weder seinem Aussehen, noch seinem Fibringehalte nach verändert war. Ob des auffallenden Gegensatzes zwischen den andern Symptomen und der Blutbeschaffenheit sei das betreffende Krankheitsbild etwas ausführlicher geschildert. Ein Mann von 61 Jahren, der seit mehreren Jahren zusehends abnahm, bietet bei seinem Eintritte in's Krankenhaus alle Symptome eines sehr vorgerückten Scorbutes. Zahlreiche Petechien und umfangreiche Ecchymosen bedeckten den Rumpf und die Extremitäten. Aus den Nasenlöchern strömte fast fortwährend Blut, auch das Zahnfleisch blutete stark. Eine heftige Bronchial- und Lungencongestion hatte sich mit bedeutendem Fieber entwickelt, und ein geringer Aderlass, zur Beruhigung des Kranken angewendet, hatte einen guten augenblicklichen Erfolg. Das gelassene Blut zeigte bald einen kleinen dichten Blutkuchen, der so resistent wie ein Entzündungskuchen war; dieser Kuchen war weit von einer vollkommenen Speckhaut bedeckt, und schwamm in der Mitte einer grossen Serummenge. Seinem Aussehen nach glich also dieser Kuchen keineswegs jenem, der sich gewöhnlich bei Scorbutkranken findet, er hatte im Gegentheil das Aussehen jenes der chlorotischen. Dieser Vergleich wurde auch durch die Analyse bestätigt. 1000 Theile Blut gaben Fibrin 4,420; Blutkörperchen 44,400; festen Serumrückstand 76,554; Wasser 874,626. Dieses Blut glich dem chlorotischen, sowohl durch seine Armuth an Blutkörperchen als durch seinen Wasserreichthum. Das Fibrin war statt in geringer Menge, in grösserer als normal vorhanden. Dieser letztere Umstand beweist, dass die den Scorbut gewöhnlich characterisirenden Symptome vorhanden sein können, ohne nothwendiger Weise von Verminderung des Blut Fibrins begleitet zu sein. Man kann mithin diese Verminderung nicht als die nächste Ursache des Scorbutes betrachten, ja man kann aus ihr nicht einmal mehrere der Hauptsymptome der Krankheit erklären, insbesondere nicht jene zahlreichen Hämorrhagien, welche im Scorbute constant auftreten, und ihn characterisiren. Andral ist der Ansicht, dass man in dieser Beziehung, wie in vieler anderer, den Scorbut mit dem Typhus vergleichen könne. Wie der Typhus kann auch der Scorbut sich entwickeln, ohne dass das Blut vorläufig an Fibrin verloren hat. Wie im Typhus sei auch im Scorbute die quantitative Abnahme des Blut-Fibrins nicht ein constantes und nothwendiges Symptom, sie sei mehr eine Folge, ein Resultat vorhergegangener krankhafter Veränderungen, ein Resultat, das mehr minder häufig je nach dem Grade der Krankheit, ihrer Dauer etc. zum Vorschein komme. Die Blutungen und die Fibrinabnahme hatten keine andere Relation als jene des Übereinanderseins, eines dieser Symptome brachte nicht nothwendiger Weise das andere mit sich. Andral schliesst seinen Vortrag mit den Worten: es könne also einen sehr ausgesprochenen und schon weit vorgerückten Scorbut geben, ohne jenen Zustand von Blutzersetzung, den man bisher als constant in dieser Krankheit angenommen hat, und ohne Fibrin-Abnahme. (*Gazette médicale. Juli 1847. Nr. 27.*) Brühl.

C. Pathologie.

Anästhesie durch die Einwirkung von Blei. Von Beau. — Verf. bemerkte, dass bei jenen, welche an den Wirkungen des Bleies litten, eine Unempfindlichkeit der Körperoberfläche immer in einem mehr oder weniger deutlichen Grade vorhanden war. Unter 100 Fällen fand er 6—8 Mal diesen Zustand in bedeutender Ausdehnung; wie immer jedoch die Krankheitsform sein mag, in welcher das Blei den Organismus afficirt, sei es in geringem oder hohem Grade, so ist die Unempfindlichkeit der allgemeinen Decke immer in gewissen Gegenden vollständiger, als in andern, und der Intensität nach jener der Bleiaffection direct proportional. Die Haut kann oft gestochen und gekneipt werden, ohne dass die Kranken einen Schmerz fühlen. Dieser eigenthümliche Zustand der Anästhesie kann bei der Diagnose von Bleivergiftungen benützt werden. (*The Lancet 1847. Vol. I. Nr. 24.*) Meyr.

Über die Coëxistenz von Variola und Scarlatina. Von Marson. — Verf. beobachtete seit 11 Jahren 7 Personen, welche gleichzeitig die Variola und den Scharlach hatten. Bei diesen zeigte sich Anfangs die Variola, in wenigen Tagen entwickelte sich ein Scharlachfieber. Die Hauptsymptome des Scharlachs waren sehr deutlich, und die Eruption von Roseola, welche häufig dem Ausbruche der Blattern vorangeht, und von Erythem ganz verschieden. Drei der Patienten waren nicht geimpft. Alle genasen bis auf einen. Verf. erwähnt noch mehrere Fälle, die von verschiedenen Beobachtern in England und Frankreich bekannt gemacht wurden, über die Coëxistenz von Variola und Scarlatina, Variola und Rubeola, Variola und Pertussis, Variola und Vaccina, Rubeola und Scarlatina, Rubeola und Vaccina, Rubeola und Pertussis, Varicella und Vaccina, Pertussis und Vaccina. (*The Lancet. 1847. Vol. I. Nr. 29.*) Meyr.

Über die Kreisform einiger Hautkrankheiten. Von Brown. — Es ist bekannt, dass manche Hautkrankheiten des Menschen und einiger niedern Thiere eine mehr oder weniger deutliche Zirkelform annehmen. Diess gilt besonders von der *Tinea capitis* und einigen Varietäten der Lepra. Verf. sucht diess zu erklären, indem er auf die Analogie dieser Krankheiten und jener Erscheinungen auf den Wiesen und Weideplätzen hinweist, die man in England *Fairy Rings* nennt. Es sind diess Stellen von dunkelgrünem und wucherndem Grase; sie kommen nicht selten und in allen Grössen vor, indem ihr Durchmesser von einigen Zollen bis zu 6, 8 oder 12 Fuss beträgt. Während des grössten Theils des Jahres beobachtet man hauptsächlich eine kreisrunde, mit grünem Grase reichlich bewachsene Stelle; zu gewissen Jahreszeiten jedoch ist ausserhalb derselben ein anderer aus Schwämmen und andern fungösen Pflanzen bestehender Ring, und über diesen hinaus noch ein

dritter, aus braunem und verwelktem Grase bestehender. Die Schwämme, welche man daselbst beobachtet, sind der *Agaricus campestris, Ag. orcades, Ag. terreus, Ag. procerus* und *Lycoperdon bovista*. Diese Ringe dauern mehrere Jahre, und nehmen während dieser Zeit beständig an Grösse zu; so kommen oft zwei oder mehrere in Contact, und bilden eine grosse und unregelmässige Stelle. Nach Wollaston's Theorie entstehen diese Ringe auf folgende Weise: Eine Gruppe von Schwämmen keimt an einer Stelle und wächst, bis der Boden von der eigenthümlichen zu ihrer Existenz nöthigen Nahrung erschöpft ist. Ihre Sporen fallen auf den schon erschöpften Grund, finden keine Anregung zum Wachsthum; jene aber, welche über den erschöpften Grund hinausfallen, produciren eine neue Gruppe von Schwämmen in dem Umkreise der ursprünglichen Gruppe. So entsteht auch ein dritter Ring derselben. Wenn diese Schwämme verfaulen, wirken sie als Dünger auf den Boden, und bedingen den Wachsthum des grünen und wuchernden Grases. Was den äussern Ring von verwelktem Grase betrifft, so nimmt Wollaston an, dass die Schwämme zu ihrer Ernährung nicht nur der Stelle, auf der sie wachsen, sondern auch dem etwas entfernteren Boden Nahrungsstoff entziehen, und dass daher das dort wachsende Gras weniger gedeiht und welk wird. Die Untersuchungen von Schlossberger und Way zeigen auch in Übereinstimmung mit dieser Erklärung, dass die Schwämme grösstentheils Nitrogen, Phosphate und andere Stoffe enthalten, deren Gegenwart den Boden fruchtbar macht. Folglich erschöpfen sie auch den Boden, auf welchem sie stark wachsen. Dass bei einigen krankhaften Geweben höherer Thiere vegetabilische Wucherungen Statt finden, wurde schon von Owen, später von Schönlein und Gruby gezeigt. Die *Tinea favosa* beginnt mit vermehrter Gefässbildung der Haut an und um die Stelle, wo die Krankheit erscheint; zugleich findet eine Desquamation der Oberhaut Statt. Nach einigen Tagen erscheinen ein oder mehrere Flecke von gelblicher Farbe um die erkrankte Stelle, welche sich allmälig weiter ausbreiten. Zwischen zwei bei der Abschuppung getrennten Hautlagen befindet sich eine granulöse, gelbliche Masse, welche aus unzähligen mycodermatischen Pflanzen besteht; diese sind sehr niedrig organisirt, bestehen nur aus einfachen, regelmässig verbundenen, cylindrischen Fäden, die an ihren Enden in runde oder ovale Kügelchen ausgehen, welche wahrscheinlich die Sporen der Pflanzen sind. Im Centrum der kranken Stellen trifft man eine grosse Ansammlung dieser Sporen, welche mit Epidermisschuppen vermengt und durch Exsudation von den pflanzlichen und thierischen Geweben verklebt sind. Die Keimung der Mycodermata beginnt also hier ebenfalls an einer einzelnen Stelle. Ist hier der Boden erschöpft, so suchen sie Nahrung an den nach aussen von ihnen gelegenen Stellen; so findet nach und nach eine weitere Extension Statt, und die Circumferenz des Ringes tritt immer mehr nach aussen, wie es oben bei den sogenannten Fairy-Rings angegeben wurde. Nach aussen von dem Ringe der Pflanzen bietet die Haut einen leicht gerötheten und entzündeten Kreis dar. Diess entsteht wahrscheinlich dadurch, dass die vegetabilische Wucherung jenen Hautstellen Nahrung entzieht, welche dadurch zu verstärkter Thätigkeit angeregt und in einen geringen Grad von Entzündung versetzt werden. Wenn zwei oder mehrere Kreise der Tinea zusammenkommen, so kreuzen sie sich nicht und setzen sich nicht gegenseitig fort, sondern verschmelzen mit einander, bilden ein honigwabenähnliches Ansehen, und es bleibt zuletzt eine grössere und unregelmässige ungetheilte Stelle. Es frägt sich nun, warum die sogenannten Fairy-Rings wirkliche Ringe bilden, während die Tinea die ganze kreisförmige Stelle einnimmt. Verf. erklärt sich diess daraus, dass bei den erstern eine Wucherung von Schwämmen vorausgeht, die einen längeren Strunk und einen ausgebreiteten Hut besitzen. Etwas anders ist es aber bei der Tinea, bei welcher Mycodermata entstehen, die aus zarten langen Fäden bestehen, und sich nicht in die Breite ausdehnen. Die Analogie, auf welche der Verf. hinwies, leidet also durch diesen Umstand nicht. (*Edinburgh med. and surg. Journal Juli 1847.*) Meyr.

Bemerkungen zur Pathologie des Gehirns. Von Boyd. — Verf. gelangte durch die Zusammenstellung zahlreicher Fälle von organischen Erkrankungen des Gehirnes zu wichtigen Resultaten. Was nun zuerst die entzündlichen Krankheiten der Gehirnhäute und die seröse Ergiessung in die Gehirnhöhlen betrifft, so gehörten von 37 Fällen 20 dem männlichen und 17 dem weiblichen Geschlechte an. Zwei Fälle entstanden in Folge von Kopfverletzungen und drei in Folge von Gehirnabscessen. Am häufigsten kommt der *Hydrocephalus acutus* bei Kindern männlichen Geschlechtes vor. Unter 32 Fällen waren nur 3 Männer und 1 Weib im Alter zwischen 8 und 50 Jahren; von den andern war der jüngste 8 Monate, der älteste 7 Jahre alt. Die Dauer der Krankheit erstreckte sich von 1—82 Wochen bei 7 Kindern; meistens dauerte sie über 12 Wochen. In einem Falle war die Arachnoidea ungewöhnlich trocken, und die Seitenkammern enthielten Eiter. Bei 10 Kindern war Flüssigkeit in den Gehirnhöhlen, in einem Falle Granularablagerung in den Gehirnhäuten und centrale Erweichung des Gehirns. Die chronische Form der Krankheit, bezeichnet durch Verdickung, weisse Stellen oder allgemeine Trübung der Arachnoidea, war bloss bei den Erwachsenen vorwaltend. In mehreren Fällen gerann das im Gehirn enthaltene Fluidum durch Hitze und Salpetersäure. Unter den Männern kamen bei 80 Procent, unter den Weibern bei 54 Proc. Lungenkrankheiten vor. Verdickung der Gehirnhäute mit serösem Ergusse bei Alten war gewöhnlich von Erkrankung der Lungen begleitet. — Bei 17 Fällen von Gehirnerweichung war das Alter von 9 männlichen Kranken von 43—70 Jahre, das von 8 weiblichen von 63—98 Jahren. Die rechte Hemisphäre war in 6, die linke in 4 Fällen, das rechte *Corpus striatum* und der rechte Sehhügel in einem Falle, das linke *Corpus striatum* in 1; die Centraltheile, der Fornix und das Septum in 1, das kleine Gehirn in 2 Fällen der Sitz

der Krankheit; allgemeine Erweichung fand in 2 Fällen Statt. In einem Falle trat zur Erweichung auch Brand des kleinen Gehirns hinzu, mit Substanzverlust auf der einen Seite des Gehirns. Paralyse in grösserer oder geringerer Ausdehnung trat 10 Mal, Contractionen der Glieder in 4, Convulsionen in 5 Fällen ein. Häufig war die Sensibilität gestört. Die Farbe der erweichten Gewebe war sehr verschieden, bald blass wie Milchrahm, bald rothgelblich. In einigen Fällen adhärirten die Membranen sehr dem Gehirne, und diess, so wie die Beobachtung, dass die Erweichung des Gehirnes häufig um Geschwülste, die im Gehirne gelagert waren, auftrat, berechtigt zur Meinung, dass die Erweichung Folge der Entzündung ist. Am häufigsten tritt die Erweichung in den Streifenhügeln auf. Unter 30 Fällen war bei 10 auch das Rückenmark erweicht. Die Gehirnerweichung kann wie die Apoplexie plötzlich auftreten; doch nehmen bei ersterer die Symptome allmälig zu, bei letzterer jedoch ab, wenn sich das Gehirn an den Druck des Extravasates gewöhnt. Unter den Complicationen sind zu erwähnen: chronische Bronchitis, Pneumonie, Pleuritis, Lungentuberkeln, Hypertrophie des Herzens und Verknöcherung seiner Klappen, Erweichung der Leber und Milz, Zerstörung und Granularentartung der Nieren, so wie Cysten in denselben, Eierstockwassersucht; die andern Unterleibsorgane waren grösstentheils gesund. — Von Gehintuberkeln führt Verf. 4 Fälle an. Die Tuberkeln waren in 2 Fällen im Gehirn, in einem im kleinen Gehirn und in einem in der Varolsbrücke gelagert. Ausserdem fanden sich Tuberkel auch in andern Organen. Sehr häufig ist die *Pia mater* der Sitz der Tuberkel; ihre Grösse ist verschieden, gewöhnlich die einer Erbse. Bisweilen sind sie von einer Cyste eingeschlossen, und haben einen verschiedenen Grad von Consistenz. Die Krankheit kommt gewöhnlich vor der Pubertät, im Alter zwischen 3 und 7 Jahren, selten bei Erwachsenen vor. Die Symptome sind bisweilen wie bei *Hydrocephalus acutus* oder Gehirnentzündung, das constanteste ist Kopfschmerz. In einzelnen Fällen beobachtete man Convulsionen und Paralysen; bisweilen traten gar keine Gehirnsymptome ein. Die microscopischen Charactere der Gehirntuberkel sind nach Gulliver's Untersuchungen dieselben, wie der in andern Organen gelagerten, sie bestehen nämlich aus Moleculen von fettiger Natur und granulöser Masse. In den Tuberkeln der *Pia mater* sind die Körperchen mit einander durch sehr zarte, scheinbar fibrinöse Fäden verbunden. — Von Krebs werden 3 Fälle erwähnt. Im ersten war der Sitz der Krankheit die *Dura mater,* im zweiten das kleine und im dritten das grosse Gehirn. Die Krankheit hatte einen langsamen Verlauf von 4 bis 12 Monaten. Die Symptome werden durch die Lage und Grösse der Geschwulst und durch die Richtung, in welcher der Druck ausgeübt wird, bestimmt. Die Sensibilität der Haut ist bisweilen erhöht, bisweilen vermindert; Convulsionen, Paralyse und Stupor sind gewöhnlich vorhanden; die gewöhnlichen Ausgänge acute Entzündung, Fluidum in den Ventrikeln oder meistens Erweichung der umgebenden Partie des Gehirns. Bei lang dauernder Rückenlage trat auch meistens Pneumonie ein. Bei 2 Fällen unter den 3 erwähnten fand man Cysten in der Leber. — Apoplexie. Verf. fand sehr häufig Blutextravasat im Gehirne todtgeborner Kinder. Er führt 2 Fälle von Apoplexie bei neugebornen Kindern an. Bei den übrigen variirte das Alter von 28 bis 84 Jahren. Die Mehrzahl der Männer starb plötzlich, drei Viertel von ihnen am ersten Tage, nur Ein Viertel der Weiber während dieses Zeitraumes. Die *Dura mater* adhärirte fest an das Cranium bei zwei Männern, und enthielt bei einem knöcherne Deposite, bei einem Weibe war ein Tumor an der *Dura mater.* Das ergossene Blut fand sich an der Basis, an der Oberfläche oder in den Ventrikeln. In der rechten Hemisphäre, so wie im rechten *Corpus striatum* und rechten Ventrikel fand man öfters das Blutcoagulum als linkerseits. Im *Pons Varoli* fand es sich bei einem Weibe. Bei einem Weibe war die linke Brustdrüse scirrhös; Congestion zu den Lungen bei 7 Männern und 5 Weibern, Emphysem oder Bronchitis bei 4 Männern und 3 Weibern, Pneumonie bei einem Manne, erdige Ablagerungen in der Lunge bei einem Manne, Hydrothorax bei einem Manne und einem Weibe, Rippenbruch bei einem Manne. Das Herz war bei allen Männern vergrössert, bei den Weibern ebenfalls, doch in viel geringerem Grade. Pericarditis fand sich bei zwei Weibern, Klappenkrankheit bei einem Manne. Scrotalhernie kam bei einem, Fettüberladung des Omentums bei zwei Männern vor. Einmal waren Cysten in den meseraischen Drüsen und Fallopischen Tuben mit Nierensteinen, einmal fibröse Geschwulst des linken Ovariums zu finden. Zerstörung und Degeneration der Nieren kam besonders unter den Weibern, die an Apoplexie starben, häufig vor. Wenn der Kranke den Anfall überlebt, so nimmt ein seröses Fluidum die Stelle des Blutes ein und füllt die Höhle aus, welche dann obliterirt. Öfters findet man eine gelbliche Membrane, welche die Cavität auskleidet, in der sich etwas Serum befindet. Blut, welches in den Arachnoidealsack extravasirt (*Apoplexia meningum*) gibt zur Bildung von Pseudomembranen Veranlassung. — Paralysen. Die Mehrzahl der Fälle war die Folge von *Apoplexia sanguinea,* nach kürzerer oder längerer Zeit. Das Alter variirte von 42 bis 73 Jahren. Die Dauer der Krankheit war von 10 Monaten bis zu 47 Jahren. Bei 5 Fällen gingen dem Tode Convulsionen voraus; in 4 Fällen trat er plötzlich ein; in 3 Fällen dauerte die letzte Erkrankung 5 bis 14 Tage. Fluidum auf der Oberfläche des Gehirns und Verschwinden der Windungen kam 5mal, Fluidum in den Ventrikeln mit Atrophie der Centraltheile des Gehirns 6mal vor; Cysten und rostige Ablagerung im rechten *Corpus striatum* 5mal. Congestion zu den Lungen beobachtete man in 2 Fällen, Pneumonie in 3, Asthma in 3, Pleuritis in 2 Fällen. In einem Falle fand man Gallensteine, Atrophie der rechten Niere bei einem Manne, Atrophie beider Nieren bei einem Manne und 3 Weibern. Es zeigte sich nicht, dass, wie man gewöhnlich annimmt, die Paralyse bei Männern häufiger ist, als bei Weibern; denn bei den erstern verläuft die Apoplexie wegen der Vergrösserung und folglich wegen des verstärkten Impulses des Her-

zens meistens tödtlich. (*Edinburgh med. and surg. Journ. Juli 1847.*) *Meyr.*

Über die geographische Verbreitung der Bluterkrankheit. Von Dr. Lange in Berlin. — Verf. ist bemüht gewesen, nur möglichst unzweifelhafte Fälle von ausgesprochener Bluterkrankheit zusammenzustellen. Die angegebenen Zahlen beziehen sich nur auf die einzelnen Familien und nicht auf die Zahl ihrer einzelnen Mitglieder, die Bluter sind. Wegen Unvollständigkeit der Mittheilungen dürften einzelne nordamericanische Familien öfter mitzählen. Verf. gesteht jedoch, dass es bisher unmöglich sei, aus der Zahl der bis jetzt bekannt gewordenen Fälle das absolute Zahlenverhältniss zu bestimmen.

Die nordamericanischen Freistaaten lieferten etwa 19—21 Fälle; die bei weitem grössere Zahl dieser Beobachtungen stammt aus dem ersten und zweiten Jahrzehent dieses Jahrhunderts, weniger aus dem dritten und vierten. Die meisten Fälle lieferten die östlichen Provinzen. — England lieferte 14—16 Fälle, Schottland 4, Irland 1. Frankreich weiset etwa 9 Fälle nach (in den Pariser Spitälern), worunter einer aus der Gegend von Montpellier. Von der Schweiz wurden 3 Fälle bekannt, von Russland und Dänemark je 2, von den Niederlanden 1. Den grössten Reichthum entfaltete Deutschland (Lübeck 1, Westpreussen 1, Mecklenburg 2, Braunschweig und Hannover 3, Mark Brandenburg 3, Waldeck 1, Westphalen 4, Cassel 2, Aschersleben 2, Thüringen 1, Königreich Sachsen 9, Schlesien 1, Rhein- und Moselgegend 11, Maingegend mehr als 7. In letzterer Gegend scheint die Krankheit nicht selten zu sein; Würtemberg lieferte bis jetzt 2 Fälle, Österreich 4, so dass die Zahl sämmtlicher in Deutschland beobachteter Fälle 54 beträgt. — Verf. schliesst aus dem Vorhergehenden: dass die Bluterkrankheit bisher nur in der nördlichen Halbkugel angetroffen wurde, dass sie in Nordamerika etwa zwischen dem 45.—30.^{0} n. B., in Europa zwischen dem 60.—43.^{0} vorkommt; dass Deutschland zu denjenigen Ländern gehört, wo sie am häufigsten erscheint; dass die Küstengegenden desselben weit weniger als das Binnenland, vorzugsweise des Mittelrheins und des Mains, das Vaterland dieser Krankheit sind, und dass an Schönlein's Behauptung, sie komme besonders in Weinländern vor, viel Wahres ist. (*Medicinische Zeitung vom Vereine für Heilkunde in Preussen. 1847. Nr. 26.*) *Blodig.*

D. Pädiatrik.

Von den Intermissionen in den Gehirnaffectionen der Kinder. Von Dr. Helfft. — Der Verfasser führt mehrere Autoren an, welche schon auf ein Remittiren und Intermittiren des Fiebers bei *Meningitis puerorum* aufmerksam machten, ohne jedoch zu wissen, dass auch andere Symptome dieser Krankheit periodisch auftreten, und so derselben einen ganz eigenthümlichen Character aufprägen, was dann leicht zu Irrthümern in der Diagnose führt. So beobachtete der Verf. mehrere Fälle von deutlich intermittirendem Kopfschmerz bei *Meningitis puerorum*, und nicht bloss bei deren chronischer Form, wie Guersant meint, sondern auch bei der acuten. Er führt zu dessen Bekräftigung den in der *Gazette méd. 1846 Nr. 46* von Rilliet bekannt gegebenen Fall an, wo ein sechsjähriger, an *Meningitis tuberculosa* leidender Knabe von vollkommen intermittirenden, von 11 Uhr Vormittags bis 3 Uhr Nachts dauernden heftigen Kopfschmerzen befallen wurde; nach Verlauf eines Monats waren die sonst vollkommen freien Intervalle durch das Auftreten der übrigen dieser Krankheit zukommenden Symptome, jedoch ohne Stuhlverstopfung und Erbrechen, nie getrübt worden, bis endlich in den letzten Lebenstagen der Kopfschmerz gänzlich wich, und der Knabe unter den gewöhnlichen Erscheinungen zu Grunde ging. — Ähnliche Periodicität beobachtet öfters auch der Kopfschmerz mit seinen Begleitern, Übelkeit und Erbrechen etc., bei Tuberculosis des Gehirns, und der Unterschied besteht nur in der längern Dauer des Bestehens dieser Symptome bei *Tuberculosis cerebri.* Erst später treten bei letzterer Krankheit andere Zufälle hinzu, unter denen Convulsionen und Lähmungen die hauptsächlichsten sind. (*Behrend und Hildebrand's Journal für Kinderkrankheiten. Bd. IX. Hft. 1.*) *Stellwag.*

Über das sogenannte Mesenterialfieber der Kinder, und die Febris remittens infantum. Von M. Dr. J. J. Kelso in Lisburn. — Die Symptome stellen im Allgemeinen ein Fieber mit mehr remittirendem Character dar, welches von Störungen der Verdauungsorgane begleitet ist. Diese Krankheit tritt entweder unter der bei weitem häufigeren milden Form auf, und entspricht dann der acuten Form Butter's und neuerer Autoren, oder in der heftigern Form, welche Butter, Locok und neuere Autoren als chronische Form, Underwood als typhöses und hectisches Mesenterialfieber, Copland als adynanische und chronische Form beschreibt. — Die milde Form drückt sich in einem Fieber aus, welches nach mehrere Tage vorausgegangenen gewöhnlichen Vorboten Abends mit Frösteln oder Frost auftritt, und sich von Fiebern anderer Natur nur dadurch unterscheidet, dass die auf den Frost folgende Hitze an Händen, Füssen und dem Bauche den höchsten Grad erreicht, dass die Lippen trocken, die Zunge belegt, oft fleckig, mit rother oder welker Spitze und Rändern, beständiges Pflücken des Kranken an Nase und Lippen vorhanden ist, die Darmausleerungen unregelmässig, sehr stinkend und von ungewöhnlicher Farbe und Consistenz sind, insbesondere aber dadurch, dass die Fiebersymptome mit eintretendem Morgen sämmtlich ganz oder bedeutend nachlassen, Munterkeit, Aufgeregtheit abwechselnd mit Schlafneigung ihre Stelle einnehmen. Mit vorrückendem Tage kehrt das Fieber mit erneuerter, täglich zunehmender Heftigkeit zurück, die Nächte sind schlaflos, oder der Schlaf durch Unruhe, Stöhnen, Zähneknirschen, Aufschreien unterbrochen. Die Remissionen werden

immer geringer, und characterisiren sich durch Abspannung, Müdigkeit, Schläfrigkeit. Eltern und Ärzte glauben ein Wundfieber vor sich zu haben, und richten durch diesem entsprechende Behandlung, oft Schaden an. Die Krankheit verlauft oft ungewöhnlich mild, wie eine Ephemere, die aber zwei bis drei Tage wiederkehrt, oft dauern die Symptome 6—10 Tage, ja drei Wochen mit Schwankungen fort, und führen endlich zu grosser Schwäche und Abmagerung, ja nicht selten sind die Symptome durch drei bis vier Monate im geringen Grade vorhanden, und werden dann oft durch kränkliches Aussehen, Husten mit Sputis begleitet. Die Ursache dieses Hinausziehens der Krankheit sind gewöhnlich die Eltern, welche Zahnreiz oder Würmer zu Grunde legend, der entsprechenden Behandlung im Wege sind. — Die bösartige Form characterisirt sich durch dieselben Erscheinungen, doch in viel heftigerem Grade. Diese sind: Heftiges Fieber mit heisser Haut, besonders an Händen, Füssen und dem Bauche, sehr schnellem Pulse, Unruhe, Delirien, Herumwerfen mit Händen und Füssen, Schlaflosigkeit oder Schlaf mit Auffahren, Stöhnen, Zähneknirschen, heftigem Durste, Appetitlosigkeit; ferner belegte Zunge mit rother Spitze, oder gefleckte Zunge mit Neigung zur Welkheit, und Blässe in Folge träger Circulation, unregelmässige Stühle, welche Symptome gegen Morgen weichen, und von Abspannung, Trägheit, Schlummersucht, Verdriesslichkeit, Stupor ersetzt werden, bis Abends das Fieber mit täglich steigender Heftigkeit, und kürzeren, weniger deutlichen Remissionen wiederkehrt, das Bewusstsein verloren geht, automatische Bewegungen, Verfall der Gesichtszüge, russige, heisse, trockne Lippen, frische, oder mit partiellen Schweissen bedeckte Haut, fadenförmiger, sehr schneller, endlich unzählbarer Puls, schnelles Athmen, Durchliegen, Herabsinken gegen das Fussende des Bettes, stinkende Darmausleerungen den bald nachfolgenden Tod ankündigen. Der Darmcanal ist mit seinen Anhängseln, Leber u. s. w., obwohl der Unterleib immer unempfindlich ist, vorzüglich gestört, daher obige Erscheinungen und die schnelle Abmagerung und Schwäche. Im Allgemeinen sind die Symptome denen eines Typhus also sehr ähnlich, und Underwood erklärt diese Form wirklich dafür, wogegen der Verf. aber sich stemmt. (Leider fehlen alle Andeutungen über die Leichenbefunde.) Gegen die Meinung vieler Autoren, das Fieber sei in den Unterleibsstörungen gegründet, führt Dr. Kelso an, dass das Fieber früher vorhanden sei, und später weiche, als die Störungen dieser Organe, dass Regulirung derselben einen wohlthätigeren Einfluss ausüben müsste auf den Verlauf des Fiebers, und dass Störungen des Unterleibes oft vorkommen ohne dieses Fieber. — Bezüglich der Ätiologie widerstreitet der Verf. der Annahme schlechter, unverdaulicher Nahrung, Überfüllung des Magens etc. als Ursachen dieses Fiebers, indem es sonst bei Kindern viel häufiger sein müsste. Er betrachtet die schlechte Nahrung nur als Gelegenheitsursache des Ausbruches der Krankheit, deren Ursache eigentlich in der geschwächten Constitution und eigenthümlichen Reizbarkeit zu suchen ist, welche letztere bei Kindern der ärmeren Volksclassen sehr häufig sind, und in ihrer Lebensweise, schlechter, kalter, feuchter, dunstiger Wohnung, elenden Lagerstätten, Mangel nöthiger Bekleidung u. s. w. begründet ist. Copland lässt dieses Fieber aus terrestrischen Ausdünstungen und Miasmen, so wie das remittirende und intermittirende Fieber Erwachsener, und dann entstehen, wenn diese Ausdünstungen nicht so intensiv und concentrirt sind, dass sie bei Erwachsenen Wechselfieber erzeugen könnten. Der Verfasser stimmt ihm bei, und behauptet, nicht bloss sporadische und endemische Fieber dieser Art, sondern auch ganze Epidemien solcher Fieber fänden darin ihre Erklärung, und hält sogar dafür, dass dieses Fieber in seinen heftigeren Graden ansteckend werden könne. — Nach allem dem bestehe diese Krankheit also nicht in einer Localaffection, sondern in einer Krankheit des Blutes und des Nervensystemes, diese sind ihr primärer Boden; sie reihet sich demnach den idiopathischen oder essentiellen Fiebern an. Die Fieberexacerbationen sind die Reaction des Organismus gegen das auf Blut und Nerven wirkende Krankheitsagens, die Secretionsanomalien der Ausdruck der veränderten Blutbeschaffenheit, und die nervösen Symptome die Folge der Einwirkung eines vergifteten Blutes auf die Nerven, ähnlich wie bei andern Blutkrankheiten. — Rücksichtlich der Behandlung ist Regulirung der Darm- und Leberfunction ein wichtiges Moment. Bei Verstopfung Calomel mit Ipecacuanha und darauf folgendem Ricinusöhl oder ein Sennaaufguss mit Bittersalz; bei Diarrhöe und Schlaffheit Magnesia oder Kreide mit Rheum und aromatischen Pulvern, zur Verbesserung der Secretionen des Darmcanals und der Leber *Hydrargyrum cum creta* mit Rheum und *Magnesia usta,* und daneben diaphoretische Mixturen von *Vinum antim.* und *Spirit. nitri dulc.*, wenn die Haut trocken ist; kohlensaures Natron mit aromatischen Aufgüssen, Bäder zur Minderung der Fieberhitze und Herstellung der Hautausdünstung sind vortreffliche Mittel. (Der Ref. bemerkt die Nothwendigkeit der Entfernung des Kranken aus den die Krankheit erzeugenden Umständen, und schlägt das Chinin vor.) (*Behrend und Hildebrand's Journal f. Kinderkrankheiten. Bd. IX. Hft. 1.*) *Stellwag.*

Über den Brand im Kindesalter. Von Dr. Löschner in Prag. — Verf. fasst die aus 20 Beobachtungen gezogenen Resultate in folgenden Sätzen zusammen: 1. es gibt nur Eine Art des Brandes im kindlichen Alter; 2. das Noma ist keine eigenartige Krankheit, sondern vom Brande nicht verschieden; 3. das Noma entwickelt ein sich schnell verbreitendes, in seinen Folgen sehr bösartiges und am inficirten Orte lange haftendes Miasma; 4. auf miasmatischem Wege fortgepflanzt erzeugt der nomatöse Process Gangrän der Geschlechtstheile, des Anus, der Parotidengeschwülste, der Weichgebilde des Rachens, der Zunge u. s. w., ebenso wie abermals Noma; 5. die dreifache Unterscheidung desselben in scorbutisches, gastrisches und metastatisches Noma ist unzulässig, indem es nur Ein

Noma, nur Einen Brand der Kinder gibt; 6. ebenso nutzlos und unpractisch für die Wesenheit des Brandes im Kindesalter ist die Unterscheidung desselben in das eigentliche Noma, den Brand der Geschlechtstheile und den Brand der Haut; 7. der Brand der Kinder entsteht nur bei krankhafter Blutmasse, am häufigsten in scrophulösen Individuen, während und nach dem Typhus, Scharlach und andern Exanthemen, Hydrämie, *Tussis convulsiva* u. s. w.; 8. nicht jede scrophulöse Form involvirt gleich stark die Aufnahmsfähigkeit des brandigen Miasma, am wenigsten die Respirationsscrophel. Sowie die Abdominalscrophel am stärksten die Neigung zum Typhus in sich schliesst, so auch zum Brande am meisten die Hautscrophulose; 9. die äussere Erscheinung des Brandes im Kindesalter, in was immer für einem Organe, ist nur Symptom der Säftedyscrasie, und wo diese mangelt, ist keine miasmatische Weiterverbreitung möglich; 10. der Brand im Kindesalter ist ein Ablagerungsprocess, Localisation einer eigenartigen Masse ins Zellgewebe, unter der anfangs täuschenden Form einer Entzündungsgeschwulst (nicht ursprünglich als gangränöses Geschwür), bedingt durch eine eigenthümlche Blutdyscrasie; diese wie jene zu ermitteln ist Sache der pathologischen Chemie; 11. dem Depositionsstadium gehen eigenartige Allgemeinsymptome (der Gährung im Blute) voraus; die die Brandmasse enthaltende Geschwulst ist der Ausgang derselben; 12. die Ansteckung geschieht durch Contamination der Blutmasse; sogenannte topische Ansteckung ist nur bei Geschwürsflächen möglich. Die Hauptmomente zur Entstehung des Noma sind: Blutzehrung in Folge anderer Krankheiten, Schwäche der Blutbereitung, Scrophel, Typhus, Exantheme, elende Verhältnisse, Noth. Ist es einmal zur Entzündungsgeschwulst gekommen, so hat die Blutgährung ihren Localisationsherd gefunden, und es hängt dann lediglich von der Heftigkeit derselben, von der Constitution des Kranken und der baldigen Entfernung der Infiltrationsgeschwulst ab, ob der Kranke genese, oder nicht; 13. Verbesserung der Hämatose und der ganzen Constitution, und Entfernung der Causalmomente sind die einzigen Aufgaben der Therapie. — Unter den 20 beobachteten Fällen waren entstanden 5 bei evidenter Scrophulose, 6 bei Typhus, 4 bei Scharlach, 1 bei Hydrämie, 1 bei Hydrocephalus, 1 bei *Tussis convulsiva,* 1 bei Tuberculose, 1 bei Variola. Davon starben 2 nach Scharlach, 3 bei Typhus, 1 bei Hydrämie, 1 bei Hydrocephalus, 1 bei *Tussis convulsiva*, mit 6 von 15. Durch Ansteckung waren 11 Kinder vom Brande ergriffen, davon starben 4, 2 bei Typhus, 1 bei Hydrämie, 1 bei Hydrocephalus. Unter den 20 Fällen waren 13 Mädchen und 7 Knaben. Was die Therapie betrifft, so machte Verf. auf die infiltrirte Stelle feuchte, aromatische Umschläge; war der Kern herausgefallen, so wurden alle brandig zerstörten Theile bis an die noch gesunden Partien mit der Schere abgetragen, die Stellen mit in Creosotwasser getauchter Charpie ausgefüllt, und darüber die warmen, feuchten, aromatischen Umschläge fortgegeben. Ferner wurde für die grösste Reinlichkeit und frische Luft Sorge getragen und nebst kräftiger Fleischkost durch Wein, China und Mineralsäuren die Blutbereitung unterstützt. (*Prager Vierteljahrschrift für die practische Heilkunde 1847. 3. Band.*)

Nader.

Über die convulsivischen Affectionen der Kinder. Von Marshall Hall. — Verf. spricht zuerst über den *Laryngismus stridulus* und behauptet, dass dieser eben so wenig eine Krankheit sei, als der Husten, sondern ein blosses Symptom darstelle. Auf ähnliche Weise könne man die spastische Contraction der Hand Chirismus, die des Fusses Podismus, die der Syphincteren Syphincterismus nennen. Die Prädisposition zu convulsivischen Anfällen ist sehr häufig hereditär. Was die Ursachen betrifft, so konnte Irritation des grossen oder kleinen Gehirns nicht unmittelbar Muskelkrämpfe zur Folge haben, wohl aber Irritation der Gehirnhäute, Reizung des verlängerten und Rückenmarks. Die häufigste Veranlassung war Irritation der Nerven in den häutigen, mucösen oder andern Geweben. Daher unter den Ursachen vorzüglich das Zahngeschäft, gastrische oder Intestinalstörungen, die Beschaffenheit der Atmosphäre, besonders, wenn Nord- oder Westwinde wehen, verschiedene Dämpfe zu nennen sind. Verf. erwähnt ferner den Einfluss des Schlafes, während welcher Periode solche Anfälle häufig eintreten. Gehirnkrankheiten, als Folgen von Entzündung, Tuberkelgranulation, Geschwülste oder Effusion an der Basis des Gehirns führen diese convulsivischen Anfälle öfters herbei. Bei weitem die grösste Anzahl der Convulsionen sind durch Reflexaction zu erklären. Unter die hieher gehörigen Veranlassungen gehören Irritation des fünften Nervenpaares in der Zahnungsperiode, Irritation des *N. vagus,* der Spinalnerven, und die Einwirkung der Atmosphäre auf den Larynx unter bestimmten Umständen. Aufregungen und Gemüthsbewegungen sind bei diesen Affectionen von der grössten Wichtigkeit. Gesteigerte Reizbarkeit des Nervensystems durch Electricität ist der durch die Krankheit verursachten gleich zu stellen. Eine Art Laryngismus wird auch durch Strychnin, Gemüthsbewegung, Hysterie, Epilepsie, Tetanus und Hydrophobie hervorgerufen. Die Affectionen des Gehirns, welche auf solche Convulsionen folgen, sind Congestion, Ergiessung, bisweilen Paralyse, Gefahr einer zurückbleibenden Geistesschwäche. Plötzlicher Tod tritt nicht selten ein, selbst wenn der Pat. auf dem Wege der Besserung ist, und es ist daher sehr schwer, ihn vorauszusehen. Er ist die Folge der gewöhnlichen Asphyxie oder jener Form, welche Verf. secundäre Asphyxie nennt, welche nach seiner Meinung von dem nicht hinreichend arteriellen Blute der Kranzschlagadern abhängt. Nach dem Tode findet man entweder die Folgezustände von Entzündung in der Schädelhöhle, oder nichts anders als die Erscheinungen der Asphyxie. Was die Diagnose dieser Affectionen betrifft, so sind bei der centrischen gewöhnlich Schmerz und Gehirnsymptome zugegen, als Schlaflosigkeit, Unruhe, grosse Lichtscheu, Ohrensausen, und eine eigen-

thümliche Zusammenziehung der Augenbraunen im Beginne der Krankheit. In der excentrischen Form sind anfangs keine Gehirnsymptome; allgemeine Convulsionen gehen diesen immer voraus. Laryngismus unterscheidet sich von Laryngitis durch den vorübergehenden Character der Symptome und die Complication mit Strabismus, Chirismus und andern convulsivischen oder spastischen Affectionen. Bei Paralyse oder Compression des pneumogastrischen Nerven sind auch andere Folgen dieser Paralyse vorhanden, besonders Ansammlung von Secret in den Bronchien und Lungen, welche Husten und verschiedene Geräusche herbeiführt. In Betreff der Behandlung ist eine genaue Diagnose des speciellen Falles nothwendig. Bei centrischem Ursprunge, was der seltenere Fall ist, muss die Originalkrankheit energisch behandelt werden. Bei excentrischem Ursprunge sind alle erregenden Momente sorgfältig zu entfernen. In der Zahnungsperiode sind tiefe, wiederholte Einschnitte in das Zahnfleisch mit Vorsicht zu machen. Der Magen ist sofort von seinem Inhalte zu entleeren, und nur leicht verdauliche Nahrung und gute Milch zu reichen. Verf. empfiehlt nebst Clystieren besonders Antacida und gelind eröffnende Mittel. Eine schädlich wirkende Atmosphäre, die oben genannten Winde, Kälte und Feuchtigkeit sind von dem Zimmer und Bette des Pat. sorgfältig abzuhalten. Droht der Eintritt einer Asphyxie, so spritze man kaltes Wasser ins Gesicht und auf den Larynx, nach dem Eintritte der Asphyxie unternehme man den künstlichen Respirationsact. (*The Lancet. 1847. Vol. I Nr. 24.*)

Meyr.

Über den schiefen Hals und die Contraction der Halsmuskeln der Kinder. Von Milman Coley. — Man trifft dieses Übel oft bei Kindern, und bisweilen ist es angeboren. Es ist eine schmerzhafte Krankheit und geht vernachlässigt in permanente Deformität mit fixer Seitendrehung der Halswirbel über. Der Anfall beginnt mit einer schmerzhaften, remittirenden, convulsivischen Bewegung der Muskeln einer Seite des Halses, welcher gegen die kranke Seite gezogen wird. In dem ersten Zeitraume treten auch Fieberparoxysmen auf, deren Periodicität der Meinung des Verf.'s zu Folge von der krankhaften Erregung der Gefühlsnerven abhängt. Wenn die motorischen Fäden durch Entzündung oder Gefässcongestion in einem entsprechenden Theile des Neurilems, welche von einem kalten Luftzuge auf die eine Seite des Halses oder einer andern Ursache herbeigeführt wurde, erregt werden, so tritt Convulsion der Muskeln ein, zu denen diese Nerven verlaufen. Bei scrophulösen Kindern ist diese Entzündung nicht bloss auf das Neurilem beschränkt, sondern erstreckt sich auch auf das Periostium und die Knochen der Halswirbel, welche durch Tuberkelablagerung vergrössert und endlich cariös werden. Während des Fieberparoxysmus nimmt die Hitze und Empfindlichkeit der in der Nähe des convulsivisch ergriffenen Muskels gelegenen Theile zu, und die Kranken legen die Hände unwillkürlich an den Kopf, um ihn so ruhig als möglich zu halten, und die Kraft der Convulsionen zu modificiren. Wird die Krankheit vernachlässigt, so bleibt eine remittirende oder permanente Contraction zurück. Verf. empfiehlt daher 6—12 Blutegel, nach dem Alter des Kindes, und ein Zugpflaster an die kranke Seite des Halses nahe an die Wirbelsäule zu setzen, auf gehörige Stuhlentleerung zu sehen, und alle 6—8 Stunden *Bisulfas chinini* oder arsensaures Kali mit *Extr. belladonnae* zu reichen. Beide ersteren Mittel, entweder einzeln oder in Combination gebraucht, sollen die periodischen Fieber- und Schmerzparoxysmen beseitigen, die Belladonna aber die unordentliche Bewegung der Muskeln beheben. Die Dosis der letztern ist für ein Kind von 8—10 Jahren 1/4, von *Bisulfas chinini* 1/2 *gr.*, von arsensaurem Kali 3 Tropfen. (*London Med. Gaz. June 1847.*)

Meyr.

Über die Diarrhöe der Kinder. Von Legendre. — Zu Folge der Beobachtung von 28 tödtlich abgelaufenen Fällen behauptet Verf., dass in einigen keine krankhafte Veränderung der Schleimhaut der Gedärme aufzufinden war, während bei der Mehrzahl der Fälle Vergrösserung der Intestinalfollikel, oder deren mehr oder weniger ausgebreitete Ulceration die einzigen krankhaften Erscheinungen ausmachten. Diese Veränderungen der Follikel scheinen auch immer einer Veränderung der Schleimhaut selbst vorauszugehen. Verf. schliesst daraus, dass die Diarrhöe in der ersten Kindheit bloss eine übermässige Secretion sei, dass jedoch die anatomischen Veränderungen des Darmcanals Folgen der Diarrhöe und nicht ihre Ursachen sind, wenn nämlich ihre Ausdehnung der Heftigkeit und Dauer des Durchfalls proportionirt ist. (*West's Report. on Midwifery* und *London Med. Gaz. June 1847.*)

Meyr.

E. Geburtshülfe.

Über das Placentargeräusch. Von Dr. Scanzoni. — Über die Entstehung dieses Geräusches, welches noch von mehreren Geburtshelfern von dem Kreislaufe in der Placenta hergeleitet wird, spricht sich Verf. folgender Massen aus: Die zwei wichtigsten Momente zur Hervorrufung des Placentargeräusches sind der Druck des schwangeren Uterus auf die im Becken verlaufenden grossen venösen Gefässe und die Gefässanordnung in der schwangeren Gebärmutter selbst. Besonders sind es die *Venae iliacae externae*, die an ihren vorderen Partien durch die Ausdehnung und das Gewicht des meist nach vorne geneigten Uterus einen bedeutenden Druck erleiden, was die in Folge der Schwangerschaft häufig eintretenden Ödeme der unteren Extremitäten und die Varices an den Ober und Unterschenkeln, den äusseren Genitalien etc. genügend beweisen. Es gelangt demnach nur eine, das normale Maass nicht erreichende Blutwelle in die oberhalb der comprimirten Stelle liegenden Partien der *Vena iliaca* und der unteren Hohlvene. Die dadurch bedingte geringere Füllung und Spannung der letztgenannten Gefässe erlaubt dem aus den *Venis hypogastricis* und *uterinis* (welche sämmtlich oberhalb der vom Uterus

comprimirten Stelle der *Vena iliaca* in diese münden) kommenden, so wie auch dem von den *Vasis spermaticis* geführten Blute mit verstärkter Schnelligkeit zu strömen. Je stärker jener Druck auf die *Vena iliaca* ist, desto weniger Blut gelangt in die oberhalb des Druckes liegende Stelle, und desto schneller vermag das in den obgenannten, mit den Venen des Uterinalparenchymes communicirenden Gefässen zu strömen. Es werden daher auch die Venen der Gebärmutterwände in verhältnissmässig kürzerer Zeit entleert. Diese im Uterusparenchym gebetteten, dadurch festgehaltenen, keiner Retraction fähigen Venen stehen mit den bedeutend engeren Uterinalvenen in unmittelbarer Communication. Das aus diesen mit beträchtlicher Schnelligkeit herausströmende Blut gelangt mit wirbelnder Bewegung in die drei weiteren Venencanäle, versetzt deren Wände in Schwingungen, und bedingt so jenes eigenthümliche, bald intermittirende, bald unausgesetzte Geräusch. Dass dasselbe zuweilen continuirlich, zuweilen aussetzend erscheint, hängt von dem Grade des Druckes ab, welchen die *Venae iliacae communes* zu erleiden haben. Ist dieser sehr bedeutend, gelangt aus den unteren Körpergegenden eine nur sehr geringe Blutmenge in die ober der Compression liegende Partie, so strömt das Blut aus den Uterinalvenen mit desto grösserer Schnelligkeit aus, sie entleeren sich um so vollständiger, und die continuirlich nachströmende arterielle Blutmenge versetzt die Venenwandungen in entweder unausgesetzte oder sehr schnell auf einanderfolgende Schwingungen, dass ein continuirliches Geräusch entsteht. Je weniger aber der Druck von Seite des Uterus auf die bezeichneten Gefässe ist, desto bedeutendere Zwischenräume zeigt auch jenes Geräusch. Für die Richtigkeit dieser Theorie spricht die Beobachtung, dass, je mehr der Uterus durch ein grosses Kind, durch Zwillinge, durch viel Fruchtwasser ausgedehnt ist, je mehr seine Längenachse mit der des mütterlichen Körpers parallel läuft, und je gleicher daher der Druck ist, den beide *Venae iliacae* erleiden, das sogenannte Placentargeräusch desto lauter und continuirlicher vernommen wird. In vielen Fällen wird dieses Geräusch, für welches Verf. den Namen „abdominelles Nonnengeräusch" vorschlägt, auch in den *Venis iliacis* erzeugt. Abgesehen davon, dass man dasselbe so häufig an der unteren vorderen Gegend des Unterleibes wahrnimmt, also an einer jenen Gefässen sehr nahe liegenden Stelle, so sind auch alle anatomischen Verhältnisse an diesen Gefässen zur Erzeugung jenes Geräusches geeignet, indem die Compression dieser Venen von Seite des Uterus den Rückfluss des Blutes von den unteren Extremitäten hemmt, hiedurch die *Venae iliacae* weniger gefüllt, und in geringere Spannung versetzt werden, das sich rasch aus den Uterinalvenen entleerende Blut in die *Venae hypogastricae* strömt, welche es in wirbelnder Bewegung in die weiten und relaxirten *Venae iliacae* führen, die ihrerseits in Vibration gerathen und das eigenthümliche Geräusch bedingen. (*Prager Vierteljahrsschrift für pract. Heilkunde.* **1847. 3. Band.**)

Nader.

Über die Wirkung des Mutterkorns auf die Gebärende und das Kind. Von Hardy. — Die Wirkung des Mutterkorns beginnt in einigen Fällen schon 7 Minuten nach seiner Anwendung; in anderen war eine längere Zeit erforderlich; für gewöhnlich kann man 10—15 Minuten bis zum Eintritte der Wirkung annehmen. In Fällen, wo die Kinder lebend zur Welt kamen, sah Verf., dass die Wirkung desselben binnen 24 Minuten begann. War ein längerer Zeitabschnitt verflossen, bevor die Thätigkeit des Uterus erfolgte, so wurde Instrumentalhülfe nothwendig, oder das Kind kam todt zur Welt. In einigen Fällen bewirkte das Mutterkorn eine Art tonischer Contraction im Uterus ohne erfolgreiche Wehen. Verf. bemerkt, dass in jenen Fällen, wo das Mutterkorn wohlthätig wirkt, seiner Anwendung starke Treibwehen folgen, welche nach und nach an Frequenz zunehmen, und endlich ohne deutliche Intervalle in einander übergehen. In 19 vom Verf. erwähnten Fällen trat nach der Anwendung dieses Mittels eine bedeutende Verminderung der Frequenz der Pulsschläge der Mutter ein, und diese Wirkung begann gewöhnlich binnen 15 bis 30 Minuten. In einigen Fällen hielt die Verlangsamung der Circulation mehrere Tage an; nichts desto weniger trat bisweilen nach der Entbindung eine Gebärmutter-Entzündung auf, und die Anschwellung des Uterus blieb nicht selten grösser, als gewöhnlich. Was die Wirkung des Mutterkorns auf das Fötalherz betrifft, so erfolgte in der Mehrzahl der Fälle eine Verminderung der Pulsschläge desselben. Diese Wirkung trat gleichfalls binnen 15—30 Minuten ein. Dieser Verminderung folgt nach einiger Zeit eine Unregelmässigkeit der Herzschläge, welche mehr oder weniger lang dauert, bis die Schläge intermittiren, und endlich nach einem verschiedenen Zeitabschnitte fast ganz unhörbar werden. Verf. beobachtete, dass in den Fällen, wo die Herzschläge des Fötus beständig unter 110 reducirt wurden, und Intermissionen eintraten, das Kind nur höchst selten gerettet wurde, wenn auch die Geburt noch so schnell vor sich ging. Doch zeigte sich die blosse Verminderung der Herzschläge (unter 110) ohne Intermission als keine hinreichende Ursache des angegebenen ungünstigen Ausganges. Hieraus ergibt sich von selbst die Wichtigkeit einer genauen Beobachtung des Fötalherzens nach der Verabreichung des Mutterkorns, um im Falle der Noth sogleich ohne Verzug die Geburt zu beschleunigen. Dr. Beatty bestimmte die Gränze, über welche hinaus das Kind selten mehr lebend geboren wurde, auf 2 Stunden nach der Anwendung des Mutterkorns. Doch kann der Tod des Kindes in viel kürzerer Zeit erfolgen. Verf. beobachtete ferner, dass lebensschwache Kinder, wenn kein Mutterkorn zur Beförderung der Geburt gegeben wurde, mit viel geringerer Schwierigkeit belebt wurden, als solche, wo man früher das Mutterkorn gereicht hatte. Blutflüsse der Gebärmutter nach der Geburt des Kindes sah der Verf. in keinem Falle eintreten, wo der Uterus durch Mutterkorn deutlich afficirt wurde. Mit einigen wenigen Ausnahmen erholten sich die Weiber gewöhnlich leicht. Von jenen, welche eine Entzündung bekamen, genasen alle bis auf zwei. Eben so befanden

sich auch die Kinder, welche lebend zur Welt kamen, mit Ausnahme eines einzigen, wohl. In diesem einen Falle wurde die Zange angewendet, als die Schläge des Fötalherzens bis auf 100 durch die Einwirkung des Mutterkorns herabsanken. (*Dublin Journal of med. science* und *London Med. Gaz. March. 1847.*) *Meyr.*

3.

Notizen.

Der Ätherdunst löst eingeathmet im Gehirne wirklich Fett auf.

Wer hätte vermuthen können, dass die Prophezeiung unseres verdienstvollen Prof. Pleischl so schnell in Erfüllung gehen werde?

Schon am 17. Februar 1847, als er seinen in Nr. 31 und 32 der med. Wochenschrift beschriebenen Apparat zum Einathmen der Ätherdämpfe in der allgemeinen Versammlung der k. k. Gesellschaft der Ärzte vorzeigte und erklärte, warnte er, und machte auf nachtheilige Folgen desselben aufmerksam, unter stürmischer Entgegnung der Äthertrunkenen.

In der Sitzung derselben Gesellschaft am 15. Mai setzte er die möglichen Folgen der Ätherdämpfe auf das Gehirn umständlich auseinander (S. Monatschrift Juli und August), und sagte, sie können

A) entweder erweichend oder sogar auflösend,

B) verdichtend oder verhärtend, coagulirend,

C) einerseits erweichend, anderseits verdichtend wirken.

Und schon ist der erste Theil dieses Ausspruches durch Versuche auf das vollständigste bestätiget. So eben kommt uns ein Werk in die Hände unter dem Titel: „Die Wirkung des Schwefeläthers in chemischer und physiologischer Beziehung." Von Dr. Freiherrn Ernst von Bibra und Dr. Emil Harless. Erlangen 1847.

Das Endergebniss der vielen und zahlreichen Versuche lässt sich in Folgendem zusammenfassen:

Es wurde in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle im Gehirne der narcotisirten Thiere ein relativ geringerer Gehalt von Fett und in vielen Fällen selbst auch ein absolut geringerer Fettgehalt gefunden.

Ein Theil dieses im Gehirne fehlenden Fettes hat sich fast immer in der Leber wieder gefunden, indem, wenn das Gehirnfett = 100 angenommen wird, das Fett der Leber bei narcotisirten Thieren mehr betrug, als das der nicht narcotisirten Thiere.

Demnach wäre durch den Ätherdampf dem Centralvereinigungspunct der Nerven das Fett entzogen, und zum Theil in die Leber geführt und dort abgesetzt worden.

Auch das Rückenmark verhält sich wie das Gehirn; bei narcotisirten Thieren enthält es weniger Fett, als bei nicht narcotisirten.

Das Vorhandensein der Kohlensäure in der ausgeathmeten Luft während der Ätherathmungen wurde von Einigen geläugnet, und Prof. Pleischl, der das Gegentheil behauptete, desswegen am 17. Februar lebhaft bekämpft. Auch dieser Streitpunct ist erlediget und zu Gunsten Pleischl's entschieden. Die Herren von Bibra und Harless haben in der ausgeathmeten Luft die Gegenwart der Kohlensäure nachgewiesen, auch ihre Menge bestimmt, und, wie natürlich, verhältnissmässig geringer gefunden.

Der eine Theil der Thesis, die Auflösung, ist also bereits als wahr erwiesen; sollte nicht auch der zweite Theil derselben, die Verhärtung, in der Folge seine Bestätigung finden?

Vielleicht erleben wir auch noch die Beantwortung dieser Frage. — *S.*

4.

Anzeigen medicinischer Werke.

Die trockenen kohlensauren Gasbäder zu Kaiser-Franzensbad. Von M. J. Vogel, Dr. der Philos., Med. u. Chir. etc. etc. Wien 1847. Bei Gerold. 8. 69 S.

Vorliegende Blätter haben zum Zwecke den Inhalt der Vorträge, die der Verf. in der k. k. Gesellschaft der Ärzte über die Gasbäder von Franzensbad hielt, auch den Curgästen zugänglich zu machen, sie somit über Geschichte, Heilkraft und Gebrauchsweise dieses Gasbades zu belehren. Wir können nach den Überschriften der einzelnen Abschnitte deren zehn annehmen. Nach einer vorausgesendeten, allgemeine Bemerkungen enthaltenden Einleitung, folgt ein Rückblick auf die Geschichte der kohlensauren Gasbäder. Zu Franzensbad wurde die erste und in Deutschland älteste der verschiedenen Gasbadanstalten im Jahre 1809 vom Brunnenarzte und k. k. Rathe Adler eingeleitet. Wie nun aber bei allen Dingen, thaten Vorurtheil und Eigensinn auch hier das

ihrige, die wohlthätige Einrichtung Adler's fallen zu machen, bis endlich im Jahre 1818 auf Veranlassung der Behörden die Gasbadanstat wieder hergestellt, und seitdem durch wiederholte Neubauten für das Publicum zweckentsprechend hergerichtet wurde. — Im dritten Absatze gibt der Verf. einige geognostische Ansichten über die Entstehung der Gasquellen. Sauerquellen und kohlensaure Moffeten stehen im unverkennbaren Causalverbande mit urplutonischen und neueren vulcanischen Erhebungslinien. Diese Ansicht wird zuerst im Allgemeinen gerechtfertiget, und sodann mit weiterer Würdigung der localen Verhältnisse auf Kaiser-Franzensbad angewendet.. — Der vierte Abschnitt enthält eine kurze Schilderung der climatischen Verhältnisse des Curortes, und der fünfte die Auseinandersetzung der Cureinrichtung und Beschreibung der pneumatischen Apparate der Gasbadeanstalt. Für den nöthigen Wechsel der Luft zur Verhinderung nachtheiliger Ansammlung des kohlensauren Gases ist durch gehörig angebrachte Luftzüge gesorgt, so wie sich Behufs der verschiedenen Heilzwecke (hölzerne und metallene) Gasbadwannen, Gasdusch-Vorrichtungen, endlich ein Gesellschafts-Gasbad vorfinden. Durch zweckmässige Vorrichtungen ist es auch möglich gemacht, partielle Bäder — Gashalbbäder, Arm- und Schenkelgasbäder u. dgl. — zu nehmen. — Der sechste Abschnitt schildert die Erscheinungen, welche das kohlensaure Gas als Bad und Inhalation am gesunden und kranken Organismus hervorruft. — Der siebente für uns unstreitig wichtigste Abschnitt nennt nun die Krankheitsarten, gegen welche sich die Gasbäder als vorzüglich heilsam beweisen. Unter den Neurosen sind es zuerst die Lähmungen namentlich Paresen und das ihnen verwandte Zittern, besonders wenn sie von Anomalien der Unterleibsorgane abhängig sind. Auch bei anderen Arten von Lähmungen leistet die Gascur Erspriessliches. — Die verschiedenen Arten der Neuralgien und Krämpfe finden gleichfalls an der Kohlensäure ein treffliches Heilmittel. — Unterdrückte, zögernde oder zu sparsame Menstruation, Leucorrhöe, Chlorose, männliches und weibliches Unvermögen, verschiedene Arten von Geschwüren, chronische Hautausschläge, Ödem der Füsse, die verschiedenen rheumatischen und gichtischen Beschwerden, Hämorrhoidalleiden gehören gleichfalls in ihren Bereich. Nicht minder Gehör- und Augenschwächen, Schwerhörigkeit und Amblyopie, erethisches Ohrentönen und Oxyopie (wobei wir zu bemerken haben, dass das in der Parenthese eingeschlossene »Lichtscheu« hätte wegbleiben sollen, da die Oxyopie und Lichtscheu, zwei von einander verschiedene krankhafte Zustände sind) chronisch-atonische Phlogosen und Blennorrhöe der Gehirn- und Sehorgane. — Athmung einer mit Kohlensäure im geringen Maasse gemengten Atmosphäre passt gegen atonische Lungenleiden, Bronchoblennorrhöe etc., vielleicht selbst gegen gewisse Formen der Tuberculose. Wir sehen, dass der Krankheiten, gegen welche die Gasbäder, Inhalationen etc. in Anwendung kommen und gute Erfolge leisten, sehr viele sind, und wenn auch mit Recht zu vermuthen, dass ferners fortgesetzte Beobachtungen hierin noch Manches sichten und erläutern werden, so ist doch so viel gewiss, dass dem oft erwähnten Heilmittel eine grössere Aufmerksamkeit von Seite der Ärzte gewidmet werden sollte, als es bis jetzt geschehen. — Auffallend ist es, dass der Verf. in einem — wie aus den ersten Zeilen der Einleitung ersichtlich ist — für die Curgäste bestimmten Wegweiser eine solche Menge von Kunstausdrücken häufte. — Die achte Abtheilung bespricht die Wirkungsweise des kohlensauren Gasbades auf den Organismus. — Der neunte Abschnitt gibt in preiswürdiger Gedrängtheit und Vollständigkeit die für den Laien besondere Wichtigkeit habenden Verhaltungsregeln für den Curgebrauch der Gasbäder. Wir haben in den seit längerer Zeit für diese Blätter gelieferten Besprechungen balneologischer Schriften gerade diesen Abschnitt bei Vielen als mangelhaft bezeichnet, und freuen uns daher doppelt, bei zwei kurz nach einander erschienenen vaterländischen Schriften (der vorliegenden, und Dr. Löschner's Versendung der Carlsbader Heilquellen etc.) zu dieser Rüge keinen Grund gefunden zu haben. — Die im zehnten Abschnitte angehängten Curbilder finden als Beigabe in den einleitenden Worten des Brunnenarztes Boschan ihre Rechtfertigung. — Die Ausstattung entspricht den strengsten Anforderungen. — Wir können unsere Anzeige nicht schliessen, ohne vom Herzen der jungen Anstalt ein erfreuliches Gedeihen zu wünschen, dass dieselbe unter der Leitung tüchtiger ärztlicher Vorstände lange zum Heile der Menschheit wirken möge. Wir sagen ausdrücklich ärztlicher Vorstände, weil wir nur in dem wissenschaftlich-tüchtigen Arzte den tauglichen Leiter einer Heilanstalt erblicken!

Blodig.

Medicinische Bibliographie vom Jahre 1847.

Die hier angeführten Schriften sind bei Braumüller und Seidel (Sparcassegebäude) vorräthig oder können durch dieselben baldigst bezogen werden.

Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie und für clinische Medicin. Herausgegeben von R. Virchow und B. Reinhardt. 1. Bd. 3 Hefte. Mit lith. Taf. gr. 8. (1. Heft: 203 S. u. 2 Taf.) Berlin. *G. Reimer.* 4 fl. 30 kr.

De la Syphilis, *avec quelques considérations sur les maladies les plus fréquentes des organes génitaux de l'homme et de la femme; par M. Bordère. In-8. de 3 feuilles. Imp. de Lazard-Lévy, à Bordeaux. — À Bordeaux, chez l'auteur, rue Fondaudège, 19.*

Du mode *d'action des eaux minéro-thermales de Plombières; par Leopold Turck, docteur-médecin, etc. Quatrième édition. In-8. de 20 feuilles 3/4. Impr. de Gley, à Epinal. — A Paris, chez Baillière; à Plombières, chez Blaize. Prix 4 fr.*

Elémens *de botanique, enrichis de 5 pl. renfermant le détail de divers organes des végétaux; par A. Mutel. Deuxième édition. In-16 de 8 feuilles 1/4, plus 5 pl. Imp. de Prudhomme, à Grenoble. — A Grenoble, chez Prudhomme. Prix 1 fr. 25 c.*

— *de pathologie chirurgicale; par A. Nélaton. Tome II. In-8. de 27 feuilles 1/2. Imp. de Martinet, à Paris. — A Paris, chez Germer-Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17. Prix 8 fr.*

Fabritius (Dr. Jos.), die Mineralquellen zu Zaizon in Siebenbürgen. Naturhistorisch und medicinisch dargestellt. gr. 8. (30 S.) Wien 1845. Kronstadt, *Nemeth.* Geh. 24 kr.

Hirsch (Prof. Dr. Georg), *de tuberculosi cerebrali commentatio.* gr. 8. (58 S.) *Regimonti Pruss., Fratr. Bornträger.* Geh. 30 kr.

Journal für Chirurgie und Augenheilkunde. Herausgegeben von Dr. Ph. v. Walther u. Dr. v. Ammon. VII. Bd. 4 Hefte. Mit Kupfertaf. gr. 8. Berlin, *G. Reimer.* 6 fl.

Schmidt (Dr. Carol.), *de digestionis natura ac de ratione, qua oxalas calcis per sanguinem in secreta organismi varia transeat. Diss. inaug.* gr. 8. (39 S.) Dorpat 1846. (*Glaeser.*) Geh. 30 kr.

Schmitt (Joh. Conrad), einzige Ursachen, Verhütungs- und Rettungsmittel der jetzt so allgemein verbreiteten Kartoffelkrankheit. gr 8. (16 S.) Nürnberg, *Leuchs & Co.* Geh. 15 kr.

Schultz (Dr. A. W. F.), medicinisch-climatologischer Monatsbericht für Berlin. 1847. Jan. Febr. (à 8 Bl.) gr. 4. Berlin, *A. Schultz.* 45 kr.

Sheep: *their Breeds, Management, and Diseases. By William Youatt. To which is added, The Mountain Shepherd's Manual. 8vo. pp. 612, numerous cruts, cloth, 8 s.*

Smith (*R. W.*), *A Treatise on Fractures in the Vicinity of Joints, and on certain Forms of Accidental and Congenital Dislocations. By Robert William Smith, M. D. M. R. I. A. 8vo. (Dublin), pp. 326. coth, 16 s.*

Strumpf (Dr. Ferd. Ludw.), systematisches Handbuch der Arzneimittellehre. VI. Lief. gr. 8. (1. Bd. S. 641—768.) Berlin, *Th. Enslin.* Geh. 48 kr.

Verhandlungen der Gesellschaft für Geburtshülfe in Berlin. 2. Jahrg. Mit 3 lith. Taf. (in gr. 4.) gr. 8. (VI u. 267 S.) Berlin, *G. Reimer.* Geh. 2 fl. 38 kr.

Vriese (Dr. Prof. G. H. de), *Chloris medica. Praecipuarum plantarum medicatarum ad naturam facta illustratio et descriptio. Fasc. I.* Imp.-4. (12 S. u. 2 Taf. Abbild.) *Amstelodami.* (Amersfoort, *Gebr. Taats.*) Geh. 38 kr.

Wagner (Rud.), neue Untersuchungen über den Bau und die Endigung der Nerven und ihre Structur zu den *Icones physiologicae.* Mit 1 Kupfertaf. Imp.-4. (9 Bl. Text.) Leipzig, *Voss.* Cart. 1 fl. 30 kr.

Wernher (Prof. Dr. A.), Handbuch der allgem. u. speciellen Chirurgie. 6. Hft. gr. 8. (1. Bd. S. 963—1011 und 2. Bd. S. 1—128.) Giessen, *Ricker.* Geh. 1 fl. 15 kr.

— Beiträge zur Kenntniss der Krankheiten des Hüftgelenkes, *Malum coxae senile, Coxalgie u. Fractura intracapsularis colli femoris.* Mit 3 Steindrucktaf. gr. 4. (IV u. 75 S.) Giessen, *Ricker.* Geh. 1 fl. 30 kr.

Wiesbaden (Dr. Ferd.), die Heilquellen Kreuznachs nach ihrer chemischen pharmacodynamischen und therapeutischen Stellung gewürdigt. gr. 8. (30 S.) Mannheim, *Hoff.* Geh. 18 kr.

Wight (*R.*), *Spicilegium Neilgherrense; or, a Selection of Neilgherry Plants, drawn and coloured from Nature, with Descriptions of each, etc. By Robert Wight, M. D. F. L. S. Vol. 1, 4to. pp. 86, 100 plates, L. 3 5 s.*

— (*R.*), *Icones Plantarum Indiae Orientalis; or, Figures of Indian Plants. By Robert Wight, M. D. Vol. 3, Part. 4, 4to. pp. 16, 100 plates, sewed, 35 s.*

Winkler (Dr. Ed.), pharmaceutische Waarenkunde oder Handatlas der Pharmacologie. 11. 12. Lief. gr. 4. (3 B. u. 10 col. Kupfertaf.) Leipzig, *Schäfer.* Geh. 1 fl.

Zeitschrift (allgem. pharmaceutische). Herausg. von Prof. Dr. Wilib. Artus. 3. Bd. 1. Heft. Der ganzen Folge 9. Heft. gr. 8. (VI u. 184 S.) Weimar, *Voigt.* 1 fl. 8 kr.

— (vereinte deutsche), für die Staatsarzneikunde, unter Mitwirkung der Mitglieder der staatsärztl. Vereine im Grossherz. Baden und Königr. Sachsen, herausg. von Schneider, Schürmayer, Hergt, Siebenhaar, Martini. Jahrg. 1847. Neue Folge. I. II. Bd. à 2 Hefte. gr. 8. (I. Bd. 468 S.) Freiburg, *Wagner.* 5 fl. 40 kr.

— (neue), für Geburtskunde, herausgegeben von Dr. D. W. H. Busch, Dr. F. A. Ritgen und Dr. E. C. J. v. Siebold. 22. Bd. 3 Hefte. gr. 8. Berlin, *Hirschwald.* 4 fl.

Zimmermann (Dr. Gust.), über die Analyse des Blutes und die pathologischen Krasenlehren, nebst Beiträgen zur Physiologie der dyscrasischen Processe. gr. 8. (IV u. 376 S.) Berlin, *G. Reimer.* Geh. 3 fl.

Gedruckt bei J. P. Sollinger.